NR. 6. LWÓW, DNIA 15 MARCA 1912. ROK X.

GŁOS LEKARZY

DWUTYGODNIK, POŚWIĘCONY SPRAWOM ZAWODOWYM LEKARSKIM, DEONTOLOGII LEKARSKIEJ I ZAGADNIENIOM Z ZAKR SU MEDYCYNY SPOŁECZNEJ.

SUBWENCYONOWANY PRZEZ IZBĘ LEKARSKĄ WSCHODNIO-GALICYJSKĄ.

:: WYCHODZI PIERWSZEGO I PIĘTNASTEGO KAŻDEGO MIESIĄCA ::

REDAGUJE KOMITET. REDAKTOR NACZELNY: DR. SZCZEPAN MIKOŁAJSKI.

ADRES W SPRAWACH REDAKCYJNYCH I ADMINISTRACYJNYCH:
DR. SZCZEPAN MIKOŁAJSKI
LWÓW, UL. ŚNIADECKICH 6.
:: :: TELEFON NR. 48/VI. :: ::

PRENUMERATA ROCZNA WYNOSI 6 KORON :: W ROSYI 3 RUBLE :: W NIEMCZECH 6 MAREK :: :: WE FRANCYI 6 FRANKÓW.
WSZELKIE PRZESYŁKI PIENIĘŻNE ADRESOWAĆ NALEŻY:
DR. JAKÓB MOSZKOWICZ, LWÓW, UL. AKADEMICKA 28.
KONTO CZEKOWE POCZT. KASY OSZCZĘD. NR. 39.786.

W JEDNOŚCI SIŁA!

TREŚĆ: Leczenie osób wojskowych przez lekarzy cywilnych. — Dr. Walery Momidłowski. O śmiertelności dzieci i sposobach jej zmniejszenia. — Stan szpitali powszechnych w Galicyi. — Sprawozdanie z czynności Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. — Kronika.

Leczenie osób wojskowych przez lekarzy cywilnych.

W roku ubiegłym ogłosiło namiestnictwo reskrypt ministerstwa spraw wewnętrznych z 1 grudnia 1910 L. 32413, wydany w porozumieniu z ministerstwem wojny i z ministerstwem obrony krajowej, zwracający uwagę, że przepisy o leczeniu chorych żołnierzy i rodzin podoficerów w szpitalach cywilnych lub w domach prywatnych przez lekarzy cywilnych, dalej o pomocniczem zastępstwie lekarzy wojskowych przez lekarzy cywilnych niemniej o wynagrodzeniu za te czynności znajdują się w drugiem wydaniu książki służbowej (Dienstbuch) Nr. 13. I. część (Regulamin dla służby zdrowia c. i k. wojska) z r. 1901 (§§ 22, 27 i 33 punkt 256 c. d.) i w książce służbowej K. 4 I. część przepisy należytościowe (§§ 48 i 127) a przepisy o postępowaniu przy zachorowaniach w czasie transportów zawarte są w regulaminie służbowym I. część (§ 45 p. 342).

Na życzenie wielu kolegów podajemy poniżej bliższe wyjaśnienia w tym względzie.

Chorych szeregowców, potrzebujących opieki szpitalnej, należy odsyłać do najbliższego szpitala wojskowego a w razie, gdy szpital wojskowy jest zbyt daleko, do najbliższego szpitala cywilnego za opłatą najniższej klasy.

Lekarz wojskowy obowiązany jest w swym okręgu służbowym leczyć w mieszkaniu żony i dzieci (ślubne lub za prawe uznane, a jeszcze na opiece ojca zostające) szeregowców w czynnej służbie.

W razie odkomenderowania, zachorowania, urlopu lub braku lekarza wojskowego są upoważnione komendy terytoryalne wojskowe wydać następujące zarządzenia:

a) Można użyć lekarzy wojskowych, będących w stanie spoczynku, w rezerwie lub lekarzy obrony krajowej w stanie nieczynnym, lub lekarzy cywilnych, jeżeli chodzi o czasowe wyręczenie najdłużej na 2 miesiące i jeżeli wynagrodzenie za nie, które zresztą w każdym wypadku ma być obliczone według zakresu czynności i stosunków miejscowych, nie przekracza kwoty 2 kor. dziennie. Jeżeli prócz tego lekarz interesowany żąda wynagrodzenia za podwody, należy przyjąć za podstawę przepis o użyciu furmanek w miejscu.

b) Pomoc lekarzy cywilnych w poszczególnych wypadkach wynagradza się według taryfy, w miejscu przyjętej, natomiast za czynności sądowo-lekarskie miarodajne są taksy obowiązujące.

W wypadkach pod a) należy o wydanych zarządzeniach donieść ministerstwu wojny, podając czas trwania pomocniczej służby i umówione wynagrodzenia.

O zezwolenie ministerstwa wojny należy się postarać tylko w tych wypadkach, gdy zastępcza służba trwa dłużej lub gdy żądanie wynagrodzenia przekracza wyżej podaną granicę. W wypadkach bardzo naglących można także postarać się o zezwolenie już po wydaniu zarządzeń.

Każdy wypadek użycia zastępczych lekarzy ma być uwidoczniony w wykazie etatu lekarskiego z podaniem wypłaconego wynagrodzenia.

Wszystkie osoby, pobierające dzienną zapłatę, które zachorowały podczas czynnej służby lub podczas urlopu, udzielonego

na pewien czas, mają prawo do leczenia na koszt skarbu w szpitalu wojskowym, lub, w wypadkach naglących, w szpitalu cywilnym.

To samo prawo przysługuje służącym i stajennym generała dalej żołnierzom, pełniącym służbę stajennych przy oficerze sztabowym lub wyższej rangi.

Podoficerowie, freitrowie i rzeregowcy, będący na urlopie, w rezerwie, lub w rezerwie zapasowej, którzy stawiają się wskutek powołania do czynnej służby (jak nie mniej do ćwiczeń. względnie do wojskowego wyszkolenia) a których przy wstępnem badaniu uzna się za chorych, mają również prawo do leczenia w szpitalu wojskowym na rachunek skarbu.

Prawo do leczenia w szpitalu wojskowym, względnie cywilnym, na rachunek skarbu mają dalej urlopnicy, rezerwiści i rezerwiści zapasowi, którzy na otrzymany rozkaz do stawienia się do czynnej służby (jak niemniej do ćwiczeń, względnie do wyszkolenia wojskowego) opuścili już miejsce swego pobytu i w drodze do wojska zachorowali.

Natomiast, skarb nie ponosi kosztów ich cywilnego leczenia, jeżeli już w chwili otrzymania rozkazu powoławczego byli chorzy albo po otrzymaniu tego rozkazu jeszcze w miejscu swego pobytu zachorowali i w obu wypadkach nie mogli wykonać rozkazu do stawienia się.

Wreszcie mają prawo do leczenia w szpitalu wojskowym lub cywilnym na rachunek skarbu ci podoficerowie, freitrowie i rzeregowcy urlopowani, w rezerwie i w rezerwie zapasowej, którzy są w więzieniu śledczem z polecenia sądu wojskowego a zatem na utrzymaniu skarbu; w końcu mają to prawo wojskowi, którzy wskutek ran, odniesionych na wojnie, leczenia szpitalnego potrzebują.

Szeregowcy, nie będący w czynnej służbie, a powołani do odcierpienia kary dyscyplinarnej, mają w razie zachorowania tylko wtedy prawo do leczenia szpitalnego, jeżeli karę już rzeczywiście rozpoczęli.

Prócz tych wypadków mogą urlopnicy, rezerwiści i zapasowi rezerwiści być przyjętymi w szpitalach wojskowych za opłatą dzienną ryczałtu 96 groszy, lecz tylko w takim razie, jeżeli zwłoka zagraża niebezpieczeństwem, to jest gdy niebezpieczny stan chorego przy znacznej odległości szpitala cywilnego nie dopuszcza przeniesienia chorego do tego szpitala i jeżeli tę okoliczność lekarz naczelny świadectwem stwierdzi.

Przy wojskowem leczeniu pozaszpitalnem należy się szeregowcom, którzy mają prawo do bezpłatnego leczenia szpitalnego, bezpłatne pobieranie leków i aseptycznych materyałów opatrunkowych.

Cywilnych służących generałów, sztabowych i wyższych oficerów jakoteż innych gażystów tej samej rangi w czasie ich czynnej służby należy na żądanie pracodawcy przyjąć do szpitala wojskowego, atoli pracodawcy mają za każdy dzień utrzymania ich służącego w szpitalu opłacać do kasy szpitalnej po 60 groszy.

Służące wymienionych gażystów należy w razie zachorowania oddać w celu leczenia do najbliższego szpitala cywilnego; koszt ich leczenia i utrzymania według przypadającej taksy szpitalnej ponosi skarb po uiszczeniu przez służbodawcę ryczałtu dziennego 60 gr., przypadającego za leczenie cywilnych służących płci męskiej w szpitalu wojskowym a to przez tak długi czas, przez jaki pracodawca według ustawy dla służby domowej jest obowiązany płacić koszty szpitalne. Tylko w takich wypadkach, w których z powodu braku miejca lub zbyt wielkiego oddalenia przyjęcie sług do szpitala cywilnego byłoby niemożliwem, można te sługi także oddać do najbliszego szpitala wojskowego za opłatą tego samego ryczałtu.

Robotników, zajętych przy robotach fortyfikacyjnych, a będących urlopnikami, rezerwistami zapasowymi, a także robotników takich ze stanu cywilnego, jeźli nie mają prawa do bezpłatnego przyjęcia w szpitalu cywilnym lub gdy niema w pobliżu szpitala cywilnego, albo w razie niebezpieczeństwa z powodu zwłoki, należy w razie zachorowania przyjąć bezpłatnie do szpitala wojskowego.

Członkowie rodzin podoficerów, będących w służbie czynnej wojskowej, mają w razie zachorowania prawo do bezpłatnego leczenia w szpitalu wojskowym, albo gdyby to było niemożliwem — w najbliższym szpitalu cywilnym za opłatą przez skarb najniższej taksy leczenia.

Można jednak także w miejscowościach, w których znajduje się szpital wojskowy, w miarę możności oddawać do miejscowego szpitala cywilnego chore żony i dzieci wspomnianych podoficerów, jeżeli to odpowiada celowi i dla chorych jest z pożytkiem.

Gdyby w razie zachorowania żołnierza nie był do dyspozycyi lekarz wojskowy (lekarz marynarki, lekarz obrony krajowej) i gdyby konieczną była pomoc lekarza cywilnego lub dostarczenie lekarstw, w takim razie należy zwrócić się do władzy miejscowej o zarządzenie tych świadczeń i wydać jej na to potwierdzenie.

Do przewozu chorych można na podstawie świadectwa lekarskiego nająć podwodę.

W razie potrzeby należy chorych oddać za listą rewizyjną najbliższym zakładom sanitarnym wojskowym lub w braku takiego zakładu najbliższej komendzie wojskowej stacyjnej. W liście rewizyjnej ma się uwidocznić, dokąd żołnierz po wyzdrowieniu ma się stawić.

W wypadkach śmierci należy od powołanego duszpasterza odebrać poświadczenie skonu a jeśli śmierć nastąpiła w sposób nagły, trzeba donieść o tem najbliższej komendzie stacyjnej (władzy miejscowej) w celu spisania protokołu i przedsięwzięcia obdukcyi sądowej. Jeśli zaś śmierć nastąpiła w znaczniejszej odległości od miejscowości zamieszkałych, ma komendant w obecności kilku świadków o tem spisać protokół a zwłoki kazać przewieźć do najbliższej władzy sądowej.

Pogrzeb ma zarządzić najbliższa komenda stacyjna (władza miejscowa).

Mundur i rynsztunek jakoteż przedmioty, będące własnością zmarłego, należy w miarę możności zabrać z sobą w celu odesłania do przynależnego oddziału wojska, a zresztą można je oddać najbliższej komendzie stacyjnej.

Jeżeli śmierć nastąpiła wskutek jakiejś choroby zakaźnej, musi się według uznania lekarza i na podstawie świadectwa, przez niego wystawionego, za potwierdzeniem odbioru odesłać wszystko, co mogłoby rozszerzać zarazki, do miejscowego zakładu sanitarnego wojskowego (ewentualnie cywilnego) albo do komendy stacyjnej (władzy miejscowej) w celu desinfekcyi lub zniszczenia.

Dr. Walery Momidłowski.

O śmiertelności dzieci i sposobach jej zmniejszenia.

Zadaniem publicznej służby zdrowia jest stworzyć takie warunki, aby śmiertelność ludności sprowadzić do granic naturalnych.

Granice te stosować się muszą do przeciętnego wieku człowieka i o ile śmiertelność dotyka ludzi poniżej tego wieku musi to zwrócić na siebie uwagę publicznej służby zdrowia i spowodować rozważanie nad jej przyczynami i sposobami zaradczymi.

Statystyka poucza, że w Galicyi na 100 ogółem zmarłych umiera w 1 miesiącu życia 13·5 prc., w 1 roku życia 33·7 prc., a w pierwszych 5 latach życia 52·0 prc. dzieci, że więc przeszło $^1/_3$ część zmarłych to są dzieci w 1 roku życia, a przeszło połowa to dzieci w wieku do 5 roku życia.

Następująca tablica przedstawia odsetki śmiertelności dzieci w stosunku do ogółem zmarłych w kraju z dziesięciu lat tj. od roku 1900 do 1909:

Rok	1 mies. życia	1 rok życia	do 5 r. życia
1900	14·6	36·6	54·3
1901	14·5	34·2	52·4
1902	13·2	34·6	54·9
1903	13·3	33·3	53·1
1904	13·3	32·7	50·6
1905	12·8	33·8	51·3
1906	13·9	33·6	52·3
1907	13·9	33·2	50·1
1908	13·8	32·2	48·3
1909	12·4	32·8	51·4
przeciętnie	13·5	33·7	52·0

Daty te nie dają jeszcze należytego wyobrażenia o tem, jak stoi sprawa śmiertelności dzieci u nas w kraju i nabierają dopiero należytego oświetlenia przez porównanie ich z liczbami, dotyczącemi innych krajów austryackich, względnie innych państw.

Do porównania tego wybrałem z krajów austryackich 5 takich, które już to obszarem i charakterem geograficznym, już to rasą i zawodowem zatrudnieniem ludności, już też wreszcie jej kulturą i zwyczajami zbliżone są do naszego kraju.

Porównanie to, sporządzone na podstawie dat z roku 1909, bo z tego roku pojawiło się najświeższe obliczenie centralnej komisyi statystycznej, przedstawia się jak następuje:

W r. 1909 na 100 ogółem zmarłych umarło dzieci:

KRAJ	w 1 mies. życia	w 1 roku życia	do 5 lat życia
Czechy . . .	10·8	30·2	39·4
Morawy . . .	10·9	30·9	41·1
Austrya górna . .	11·5	29·6	37·3
Styrya	10·2	26·0	35·4
Bukowina . . .	13·0	32·9	51·9
Galicya . . .	12·4	32·8	51·4
Państwo austryackie .	11·3	30·3	43·2

Z porównawczej tej tabelki widzimy, że procent śmiertelności dzieci w 1 miesiącu życia u nas w kraju nie wiele odbiega od przeciętnej w całem państwie. Większa różnica zaznacza się już w 1 roku życia, a w 5 roku życia dochodzi już do 8·2 prc.

Aby uzupełnić statystykę porównawczą, dodam jeszcze, że w Irlandyi, Szwecyi i Norwegii umiera w 1 roku życia 10 prc. żywo urodzonych dzieci, w Szkocyi 12 prc., w Danii 14 prc., w Anglii, Finlandyi i Szwajcaryi po 15 prc., w Niemczech 17 prc., w Austryi 20·3 prc., a w Galicyi 21 prc.

Ponieważ połowa ogółem zmarłych umiera w wieku do 5 lat, więc wynika z tego, że śmiertelność dzieci w tym wieku ma decydujący wpływ na wysokość ogólnej śmiertelności w kraju, że więc, chcac obniżyć ogólną śmiertelność, musimy przedewszystkiem starać się o obniżenie śmiertelności dzieci. Statystyka porównawcza wykazuje także, że obniżenie to jest możliwe, skoro w innych krajach jest ona niższą, aniżeli u nas.

Jakie są przyczyny tej wysokiej śmiertelności dzieci u nas?

Nie wątpię, że są one nam wszystkim dokładnie znane, wymienię więc tylko najważniejsze.

Na pierwszem miejscu stawianym słusznie bywa niski stan społeczno-ekonomiczny i kulturalny naszej ludności, przy czem jednak z naciskiem zaznaczyć trzeba, że niski stan kultury umysłowej ma o wiele większy wpływ na wysokość śmiertelności dzieci, aniżeli stan społeczno-ekonomiczny.

Wiemy to wszyscy, że ludność biedna, lecz inteligentna, więcej dba o swe dzieci, aniżeli zamożna a niekulturalna. Stąd też pochodzi, że śmiertelność dzieci w Galicyi wschodniej jest niestosunkowo wysoką w porównaniu z zachodnią połową kraju, pomimo, że ludność w Galicyi wschodniej nie jest wcale uboższą, aniżeli w zachodniej, jest tylko mniej zaradną i ma niższą kulturę.

Brak kultury na punkcie zrozumienia zagadnień higieny społecznej sprawia, że ludność wiejska, nawet dobrze materyalnie uposażona, spycha troskę o zdrowie swych dzieci na różne czynniki przyrodzone i nadprzyrodzone, z którymi medycyna i higiena nie ma nic wspólnego, brak kultury jest przyczyną, że najlepsze nasze chęci przy tłumieniu chorób zakaźnych natrafiają na opór ludności, która je jako szykany ocenia, lub je lekceważy, brak kultury przejawia się w małem zainteresowaniu tak ważną sprawą, jak sprawa publicznej opieki nad dziećmi, a które daje się spostrzegać nie tylko w szerokich warstwach ludu wiejskiego, ale, co smutniejsze, i w warstwach wyższych i u ludzi, którzy stoją na czele organizacyi społecznych. Przejawia się on także w sposobie traktowania spraw higieny społecznej przez codzienną prasę, która nie stara się zapoznać z trudnościami, wśród których publiczna służba zdrowia w kraju pracuje i zamiast zachęty ma zawsze słowa krytyki w zapasie.

Brak kultury na punkcie higieny wśród szerokich warstw ludności wiejskiej pociąga za sobą brak najprymitywniejszych zasad o pielęgnowaniu i karmieniu dzieci, co jest jedną z głównych przyczyn wysokiej śmiertelności dzieci w pierwszych latach życia. Wiadomo, że matki w uboższych warstwach ludności karmią prawie bez wyjątku dzieci swoje piersią i to bardzo długo, bo czasem $1\frac{1}{2}$ roku i dłużej, a czynią to w zamiarze zapobiegania ciąży. Pokarm ten nie jest jednak wyłącznym pokarmem oseskόw, bo wiemy to dobrze, że po wsiach dzieci niespełna 4 miesięczne oprócz piersi dostają już takie pokarmy, jak kasza, kartofle, chleb a nawet barszcz żytni, a w 6 miesiącu życia jada dziecko ku wielkiej radości rodziców pokarmy, które oni sami spożywaja. W porze letniej, gdy matki cały dzień zajęte są poza domem, dzieci żywią się strawą, gotowaną na zapas na cały dzień i w letnim piecu przechowaną, a pokarmy te z całkiem świeżo wyhodowanemi kulturami najrozmaitszych bakteryi przy współdziałaniu niedojrzałych owoców, nowych kartofli i t. p. przysmaków podnoszą bardzo znacznie procent śmiertelności dzieci w kraju.

Ostre choroby dróg oddechowych pochodzą także w przeważnej części z wadliwego pielęgnowania i nieumiejętnego obchodzenia się z dziećmi.

Złe zwiększa się jeszcze przez to, że ludność wiejska obok braku prymitywnych wiadomości o żywieniu i pielęgnowaniu dzieci okazuje niemniejszą ignorancyę i bezradność w udzielaniu pierwszej pomocy choremu dziecku, co przy trudności, na jaką ludność wiejska jest narażoną przy znalezieniu pomocy lekarskiej, stanowi wybitny czynnik ujemny w zwalczaniu śmiertelności dzieci. Trzeba bowiem pamiętać, że z ogólnej liczby lekarzy w kraju 40 prc. mieszka we Lwowie i Krakowie, reszta skupia się w większych miastach i miasteczkach, posady lekarzy okręgowych po wsiach lub bardzo małych miasteczkach nie są obsadzone dla braku chętnych kandydatów, leczenie ambulatoryjne w szpitalach powszechnych jest wzbronione, nic więc dziwnego, że ludność wiejska, zwłaszcza uboższa, albo nie szuka wcale ratunku dla chorego dziecka, albo bierze go z rąk znachorów, cudotwórców i innych wykpigroszów.

Na czele długiego szeregu chorób, które są przyczyną wysokiej śmiertelności dzieci stoi gruźlica i spokrewniona z nią skrofuloza.

Procentowa śmiertelność wskutek tych chorób oznaczyć się nie da, bo jeżeli statystka śmiertelności dzieci według wieku jest na ogół dosyć pewna i można z niej pewne wyciągnąć wnioski, to statystyka śmiertelności według rodzajów chorób jest więcej jak problematyczną, jeżeli się zważy stan inteligencyi naszych wiejskich oglądaczy zwłok.

Sprawa gruźlicy dziedzicznej u dzieci schodzi się ze sprawą gruźlicy u ludzi w ogólności i zależną jest od wielu czynników, których poprawa nie zawsze leży w naszych rękach, lecz stoi w ścisłym związku z ewolucyą stosunków społecznych.

Inaczej się ma rzecz z gruźlicą, nabytą w wieku dziecięcym. W tym wieku mamy do czynienia w przeważnej części przypadków z gruźlicą gruczołową oraz gruźlicą przewodu pokarmowego.

Ten typ gruźlicy wprowadzano od dawna w związek przyczynowy z zakażeniem prątkami gruźliczymi, które dostały się z pożywieniem do przewodu pokarmowego, przy czem mleku krów gruźliczych przypisywano pierwszorzędną rolę. Zasada ta, ogólnie przyjęta, wstrząśnięta została badaniem Kocha, który stwierdził, że typ prątków gruźliczych zwierząt nie jest identycznym z typem gruźlicy ludzkiej, że prątki te nie odgrywają w organizmie ludzkim tak ważnej roli, jaką im przypisywano i że zakażenie prątkami zwierzęcymi, o ile to w ogólności jest możliwem, jest tak rzadkie, że zdaniem jego niema najmniejszej potrzeby przedsiębrania środków ostrożności celem uniknięcia tego zakażenia.

Zdanie to Kocha, wypowiedziane na kongresie przeciwgruźliczym w Londynie, było bardzo na rękę sferom agrarnym, lecz w świecie naukowym spotkało się z ogólnem niedowierzaniem, wskutek czego wobec bardzo doniosłego znaczenia sprawy powierzono w Anglii zbadanie jej osobnej komisyi, złożonej z wybitnych bakteryologów i klinicystów, która po 10 letniej pracy ogłosiła w roku 1911 końcowe wyniki badań, dające się w kierunku nas obchodzącym w krótkości w ten sposób streścić:

Pomiędzy prątkami gruźlicy ludzkiej a zwierzęcej z jednej i pomiędzy prątkami gruźlicy zwierząt różnych gatunków z drugiej strony zachodzą tylko nieznaczne różnice biologiczne. Gruźlica przeniesioną być może ze zwierząt na ludzi i odwrotnie, przy czem rozmaite rodzaje zwierząt rozmaicie co do stopnia nasilenia reagują na szczepienie gruźlicą ludzką, a wreszcie, co nas szczególnie interesuje, mleko, pochodzące ze zwierząt, chorych na gruźlicę, jest w wysokim stopniu niebezpiecznem dla ustroju ludzkiego a w szczególności dziecięcego. Komisya wyraziła przekonanie, że środki, zmierzające do zapobiegania spożywaniu z mlekiem żywych prątków gruźliczych bydlęcych, obniżą znacznie chorobliwość dzieci na gruźlicę gruczołów i narządu pokarmowego. Środki ochronne powinny mieć na względzie wszelkie mleko, pochodzące od krów gruźliczych, bez względu na siedzibę schorzenia, przy czem gruźlicę sutek uważać należy za najniebezpieczniejszą.

Wobec takiego orzeczenia higienistów zwrócić musimy baczną uwagę na gruźlicę bydła.

Gruźlica u bydła w okolicach górskich jest objawem stosunkowo rzadkim, w okolicach jednak nizinnych, zwłaszcza u bydła importowanego, jest ona niesłychanie rozszerzoną.

Badanie bydła na jednym z obszarów dworskich w powiecie tarnobrzeskim, przeprowadzone przed kilku laty za pomocą tuberkuliny, wykazały przeszło 80 prc. bydła gruźliczego, a zaznaczyć tu trzeba, że gospodarstwo hodowlane na tym obszarze uchodzi za wzorowe. Zdarza się, że mleko krów, okazujących owrzodzenie sutek, wysyłane jest w stanie surowym bez żadnych skrupułów na targi i w ten sposób konsumenci za drogie pieniądze otrzymują mleko nietylko z dodatkiem wody studziennej, ale i z dodatkami prątków gruźliczych, bardzo dobrze usposobionych do dalszego rozwoju. Na wodę zwraca się na targach uwagę — prątki gruźlicze są za małe, aby je komisarz targowy dostrzegł.

Mleko gruźlicze można wprawdzie uczynić nieszkodliwem przez zagotowanie, lecz pamiętać o tem trzeba, że znaczną ilość mleka, zwłaszcza na wsi, spożywa się w stanie surowym, jużto jako mleko kwaśne, jużto jako maślankę, serwatkę, ser i masło i że znaczna ilość matek podaje dzieciom mleko surowe, jako łatwiej strawne. Po tym względem pogląd ich zgadza się z do-

świadczeniem naukowem, które stwierdza, że przez gotowanie mleka, zwłaszcza przydługie, pewna część białka staje się trudniej strawną, a mleko traci na zawartości lecytyny.

W krótkości wspomnieć muszę o chorobie, która, jakkolwiek znacznie mniejszy, niż gruźlica, ma jednak duży wpływ na śmiertelność dzieci. Jest nią mianowicie **krzywica**. Choroba ta, której etyologia jest dotychczas ciemną, jest u nas nadzwyczajnie rozpowszechnioną. Jakkolwiek spotyka się ją i w chatach i w pałacach, to nie ulega wątpliwości, że rozwojowi jej sprzyjają niekorzystne warunki higieniczne. wśród których dziecko przebywa. Krzywica, jako taka, przy zastosowaniu odpowiednich środków leczniczych i higienicznych nie przebiega zazwyczaj złośliwie, w przypadkach atoli zaniedbanych, jak się to w klasach uboższej ludności zazwyczaj dzieje, sprowadza bardzo często zejście śmiertelne, zwłaszcza gdy dotknięte są nią dzieci w 1-szym roku życia, a więc takie, które same nie mogą sobie jeszcze stworzyć lepszych warunków higienicznych przez wydostanie się z ciemnych mieszkań na słońce i wolne powietrze.

Dziecko, krzywicą dotknięte, blade, anemiczne, kaszlące, z zaburzeniami kiszkowemi, uważane bywa przez rodziców i otoczenie za dziecko gruźlicze, któremu już nikt i nic nie pomoże i pozostawione własnemu losowi marnieje. W tych wypadkach porada lekarska, a choćby tylko objaśnienie rodziców przez osobę rozumniejszą o rodzaju choroby i możliwości ratunku, mogłoby zachować wiele egzystencyi przy życiu.

Kiła, jako choroba dziedziczna, u dzieci nie ma u nas w kraju wielkiego wpływu na podniesienie procentu śmiertelności dzieci. Przynajmniej wykazy śmiertelności dzieci z powiatów najwięcej kiłą dotkniętych nie dają powodu do odmiennego twierdzenia.

Zachodzi teraz pytanie, w jakiej mierze **ostre choroby zakaźne** przyczyniają się do podwyższenia śmiertelności dzieci.

Wiadomo, że dzieci w rozmaitym wieku okazują rozmaitą skłonność do zakażania się. W 1 roku życia najczęściej jeszcze zauważyć można odrę i ksztusiec, od tego okresu wzwyż rośnie skłonność dzieci do zakażania się, zwłaszcza płonicą i błonicą, a największą jest ona około 5 roku życia i na początku wieku szkolnego.

Z przedstawionych na wstępie dat statystycznych śmiertelności według wieku dzieci zwracała szczególną uwagę wysoka śmiertelność dzieci do lat 5, której różnica w porównaniu z innymi krajami austryackimi była w stosunku do śmiertelności w 1 roku życia niezwykle wysoką. Nasuwa się więc myśl, czy ta wysoka śmiertelność dzieci do lat 5 nie jest wywołaną właśnie chorobami zakaźnemi ostremi, które dzieci tego wieku najwięcej dotykają. Czy tak jest w rzeczywistości, wykazać może znowu tylko porównanie Galicyi z innymi krajami austryackimi, a mianowicie tymi samymi, które w poprzedniej tablicy porównawczej wzięto pod uwagę, a do tego służy następujące zestawienie, w którem obliczono śmiertelność w roku 1909 z następujących chorób zakaźnych: błonica, krztusiec, szkarlatyna, odra, czerwonka i cholera infantum.

Czerwonkę wciągnięto do tego obliczenia dlatego, bo jakkolwiek zapada na nią także znaczna ilość osób dorosłych, to jednak między zmarłymi znajdują się przeważnie dzieci.

KRAJ	Błonica	Krztusiec	Szkarlatyna	Odra	Czerwonka	Cholera infant.	RAZEM	na 100 ogółem zmarłych	na 1000 ludności zmarło
Czechy	1299	668	1129	1396	3	3730	8227	5·9	1·2
Austrya górna . .	307	93	157	157	—	129	843	4·3	0·9
Styrya	660	255	410	60	70	9	1464	4·4	1·0
Morawy	521	229	334	729	7	857	2677	4·6	1·0
Bukowina . .	207	284	1599	670	460	149	3369	14·9	4·2
Galicya	3546	5864	11207	7650	1168	2981	32416	15·9	4·0
Monarchia austryacka .	8135	8569	16123	13329	1888	9482	56526	8·7	1·9

Obliczenie to sporządzone jest z jednego roku; aby się więc przekonać, czy dla Galicyi nie jest to rok przypadkowo niekorzystny, zestawiłem następującą tablicę dziesięciu lat od od 1900 do 1909 według dat, podanych przez krajową Radę zdrowia i centralną komisyę statystyczną w Wiedniu. Zestawienie to nie wykazuje jedynie tylko dzieci, zmarłych do 5 r. życia bo takich dat statystyka nie prowadzi, lecz osoby, wogóle zmarłe na te choroby zakaźne, które jednak w przeważnej części dotyczą dzieci.

Zmarło na	W ROKU									
	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909
błonicę	7216	6606	6025	6426	7168	6361	4931	3084	3520	3546
krztusiec . . .	9247	9110	12425	8375	6375	6657	9988	8047	6256	5864
szkarlatynę . . .	8885	8180	10894	11013	7345	6143	8271	7003	10659	11207
odrę	2437	2091	10739	2895	3821	3155	5662	3129	3537	7650
czerwonkę . . .	1800	1080	778	1698	670	1317	628	1299	434	1168
cholera infantum .	2746	2026	1526	3019	1864	3566	2318	2460	1989	2981
Razem	32331	29093	42387	33426	27243	27199	31790	25022	26395	32416
Na 100 ogółem zmarłych	16·0	15·5	20·1	16·8	13·4	12·7	15·8	12·7	13·7	15·9

Średnio z 10 lat 15·3% ogółem zmarłych.

Rok 1909 dał więc wynik zaledwie o kilka dziesiętnych niekorzystniejszy, aniżeli przeciętna śmiertelność z powyższych chorób zakaźnych w kraju w dziesięciu latach.

Daleki jestem od tego, aby cyfry w obydwóch tych powyższych tablicach uważać za absolutnie pewne, wiem bowiem, że rozpoznania, wpisywane do kart oględzin zwłok, są często nieprawdziwe i bałamutne, że zamiast błonicy wpisuje się szkarlatynę, zamiast szkarlatyny odrę i odwrotnie; jeżeli się jednak zważy, że podczas epidemii, a więc wtenczas, gdy śmiertelność z chorób zakaźnych jest największa, interweniują i stawiają rozpoznania

zwykle lekarze, to cyfry te nabierają większego prawdopodobieństwa, zwłaszcza, że nie chodzi tu o bezwzględną cyfrę z poszczególnych chorób zakaźnych, ale o naszkicowanie ogólnych granic, wśród których się mieszczą choroby zakaźne, którym dzieci najczęściej podlegają.

Pod tym kątem widzenia rozpatrując się w podanych zestawieniach, hołdując nawet wielkiemu skeptycyzmowi co do statystyki wogólności, musimy niestety przyznać, że choroby zakaźne są tym czynnikiem, który podwyższa tak niepomiernie procent śmiertelności dzieci w wieku do 5 lat, przyczem szkarlatyna, odra, krztusiec i błonica odgrywają pierwszorzędną rolę. Chorobom zakaźnym musimy też przyznać wpływ decydujący na wysokość śmiertelności ogólnej w kraju.

Jest po części zastanawiającem, że śmiertelność z krztuśca i odry jest u nas w kraju tak wysoką, niema bowiem powodu do przypuszczenia, aby siła, z jaką te dwie choroby u nas się rozszerzają, była większa, aniżeli w innych krajach, bo tak u nas, jak i tam przywiązuje się małą wagę do izolacyi i tłumienia wogólności tych chorób. Tłomaczyć więc możnaby tę wysoką śmiertelność przy odrze i krztuścu tylko niedbałem obchodzeniem się z dziećmi, chorémi na te zresztą niezłośliwe choroby, wskutek czego powstają choroby następowe, którym dzieci ulegają.

W Galicyi, która ma tylko o 1,200.000 ludności więcej, niż Czechy, umarło na odrę samą w roku 1909 tylko o 577 dzieci mniej, aniżeli w Czechach na błonicę, krztusiec, szkarlatynę, odrę, czerwonkę i cholera infantum, razem wzięte.

Jaka jest przyczyna tego zjawiska, że choroby zakaźne wieku dziecięcego stały się u nas już endemiami, że nie wygasają nigdy i podwyższają tak znacznie ogólną śmiertelność w kraju.

Przedewszystkiem brak kultury wśród ludności, która paraliżuje wszelkie zabiegi organów sanitarnych przy tłumieniu epidemii, brak zrozumienia potrzeby tych zabiegów i, co z tego wynika, brak wszelkiego współdziałania szerokich warstw ludności w walce z epidemią. Ludność żąda czasem pomocy, ale pomocy czysto lekarskiej, a broni się z całą siłą, jakkolwiek po cichu, przeciw wszelkim środkom policyjno-sanitarnym, bez zastosowania których przecież żadnej epidemii stłumić nie można. — A grunt dla tych epidemii jest u nas tak korzystny, jak w żadnym innym kraju monarchii, bo brud i niechlujstwo ubogiej ludności wiejskiej, zwłaszcza w okolicach górskich, a jeszcze większe w małych miasteczkach u proletaryatu żydowskiego, mogą zadowolić najwybredniejsze wymagania życiowe bakteryi wszelkiego typu. Zapomnieć też nie można, że tuż za plecami mamy od północy kilkaset kilometrów długą granicę, poza którą znajduje się główny skład hurtowny i detajliczny wszelkich chorób zakaźnych na całą Europę i że kraj nasz jest tym sączkiem, w który wsiąkają wszystkie produkty, w składzie tym wytwarzane, a że wytwórców ich nigdy tam nie brakuje, o tem wiedzą najlepiej lekarze urzędowi nadgranicznych powiatów; niema jednego roku, abyśmy nie musieli wyruszać na spotkanie nieproszonych gości z zagranicy, między którymi dur plamisty i ospa nie należą wcale do rzadkości.

Walkę z epidemiami utrudniają nadzwyczaj ogromne obszary powiatów, jakich nigdzie w monarchii nie spotykamy. W Czechach na $6^1/_2$ miliona ludności jest 100 powiatów, a z tych tylko 9 ma więcej, niż 100.000, a 37 mniej, niż 50.000 ludności, w Galicyi na 8 milionów mieszkańców jest 81 powiatów, a z tych 30 ma przeszło 100.000, a tylko 2 mniej, niż 50.000 ludności. Odpowiednio też do tego rozkładają się siły publicznej służby sanitarnej, która jest w pierwszym rzędzie powołaną do walki z chorobami zakaźnemi. Są jeszcze i inne przyczyny, ale sądzę, że te, o których wspomniałem, są zupełnie wystarczające, aby wytłomaczyć, dlaczego choroby zakaźne u dzieci z taką występują siłą i takie czynią spustoszenie w kraju.

Streszczając się, przychodzę do wniosku, nie wątpię, że ogólnie znanego, że głównemi przyczynami wielkiej śmiertelności dzieci w kraju są z jednej strony wadliwe pielęgnowanie osesków i nieodpowiedne karmienie ich, a z drugiej choroby zakaźne wieku dziecięcego przy bardzo niskim poziomie kultury i ubóstwie szerokich warstw ludności i braku łatwego znalezienia pomocy lekarskiej.

Zachodzi teraz pytanie, czy i jakie dałyby się znaleźć sposoby, aby wśród danych warunków zmniejszyć śmiertelność dzieci.

Znany nam wszystkim żywy ruch, jaki odbywa się obecnie w całej Europie w kwestyi ochrony dziecka. Zmniejszenie liczby urodzin we wszystkich niemal państwach zachodniej Europy, występujące coraz jaskrawiej, a spowodowane rozmyślnem staraniem się ludności, aby mieć mniejszą liczbę potomstwa, wywołało potrzebę całego szeregu zabiegów, zmierzających do ograniczenia śmiertelności dzieci, aby w ten sposób wyrównać stratę urodzeń. Pierwsze początki nowoczesnej organizacyi opieki nad niemowlętami wyszły z Francyi, której grozi depopulacya z powodu wielkiej śmiertelności dzieci w stosunku do urodzonych. Powstały znane instytucye „kropli mleka“ i „porady dla matek“, wszczęto bardzo żywą agitacyę w kierunku szerzenia zasady karmienia piersią. Węgry wydają z pieniędzy państwowych 7 milionów koron rocznie na cele opieki nad dziećmi, w Anglii ciężar opieki nad dziećmi spoczywa wyłącznie na dobroczynności publicznej, w Niemczech i Francyi inicyatywa prywatna bywa przez rząd wydatnie wspierana. W Austryi wszczął się żywy ruch w tym kierunku dopiero od kilku lat przy sposobności jubileuszu cesarskiego, a prace organizacyjne komitetu w Wiedniu znachodzą się dopiero w stadyum wstępnem. Istnieje cała literatura i wychodzą pisma peryodyczne o opiece nad dziećmi.

U nas w kraju daje się także zauważyć pewien ruch w kierunku opieki nad dziećmi, istnieją i powstają nowe zakłady dla opuszczonych dzieci, wszczęto żywą akcyę, zmierzającą do zakładania „gniazd rodzinnych“, reprezentacye autonomiczne kilku powiatów w kraju stworzyły fundacye na utworzenie powiatowych zakładów dla sierót i opuszczonych dzieci, przyczem okazało się jednak, że łatwiej znaleźć fundusze, niż ludzi do prowadzenia takich zakładów i o ile mi wiadomo, żaden z nich nie wszedł je zcze w życie. Brak organizacyi, brak jednolitego kierunku, brak ludzi fachowych i rutynowanych trzyma budzącą się myśl na uwięzi i przeszkadza wprowadzeniu jej w czyn.

Lecz gdy ona nawet w czyn wprowadzoną zostanie i pomyślnie rozwijać się będzie, to obejmując swą opieką tylko małą cząstkę dzieci w kraju, nie będzie mogła wywrzeć większego wpływu na poprawę tych smutnych stosunków, o jakich daty poprzednio przytoczone świadczą. Poprawa tych stosunków dotyczyć musi nie tylko sierót i dzieci opuszczonych, ale i tych, które mają rodziców i opiekę, bo ich stan jest częstokroć gorszy, aniżeli tych pierwszych. Zresztą cała dotychczasowa akcya w kraju ma raczej cel humanitarny i wychowawczy przed sobą; opieką nad zdrowiem dziecka społeczeństwo mało się zajmuje.

A przecież my znajdujemy się jeszcze dotychczas w innych warunkach, aniżeli kraje zachodnie, u nas pierwotne zasady o higienie dziecka, które tam weszły już w krew najniższych warstw, trzeba w szerokich masach dopiero wszczepiać.

Praca w tym kierunku nie powinna się rozpraszać i o ile chodzi o zwalczanie śmiertelności dzieci do 5 lat, mogłaby na razie przynajmniej ograniczyć się do dwóch najważniejszych postulatów tj. zmodyfikowania dotychczasowych sposobów pielęgnowania i żywienia osesków w szerokich masach ludności wiejskiej i do ochrony przed chorobami zakaźnemi wieku dziecięcego.

O ile to drugie zadanie leży w większej części w rękach czynników decydujących, a w szczególności rządu i może łatwiej być spełnione, o tyle zmiana dotychczasowych, latami a może wiekami ustalonych sposobów pielęgnowania i karmienia osesków jest bardzo trudną do przeprowadzenia. Zadanie to w pierwszym rzędzie spoczywa na lekarzach, zostających w publicznej służbie zdrowia, a więc lekarzach rządowych i okręgowych. Nie wątpię, że jedni i drudzy nie omijają żadnej sposobności, aby wytykać błędy, pouczać o racyonalnem pielęgnowaniu osesków, tępić przesądy i zabobony, ale przy bardzo stosunkowo niedostatecznej ilości jednych i drugich i przy wielkiem przeciążeniu najrozmaitszemi agendami lekarzy rządowych nie można wcale o tem myśleć, aby największe nawet ich wysiłki odniosły jakiś trwały skutek, bo praca ich w tym kierunku może być tylko dorywczą i przypadkową, a rady ich i wskazówki nie mogą byc podane w tej formie, w jakiej ludność wiejska tego rodzaju pouczania najchętniej przyjmuje.

(Dok. nast.).

Stan szpitali powszechnych w Galicyi.

(Ciąg dalszy).

Czortków. Inspekcya w styczniu 1911. Skład Komitetu: pp. Stanisław Rudrof jako przewodniczący, Alfred Doschot, Ludwik Noss i dyrektor szpitala. Szpital czortkowski, wybudowany kosztem powiatu, otwarty i oddany do publicznego użytku 15-go września ub. roku, odpowiada wszelkim wymogom nowoczesnego zakładu leczniczego. Szpital, usytuowany w obszernym, około 2 morgowym, spacerowym ogrodzie (w którym z wiosną będą dosadzone drzewka i krzewy), na południowem zboczu miasta, w okolicy mało zamieszkałej a mimo to niezbyt odległej od centrum miasta, składa się z budynku głównego na 40 łóżek, pawilonu izolacyjnego na 7 łóżek, budynku administracyjnego, domu przedpogrzebowego i budynku gospodarczego. Całość odgraniczona od ulicy drewnianemi sztachetami. Szpital, skanalizowany na razie do dołów kloacznych, zostanie w bieżącym roku włączony do miejskiej sieci kanałowej. Wody dostarcza miejski wodociąg.

Budynek główny jednopiętrowy posiada 12 sal dla chorych (w tem 4 separatki, z czego jedna używana jako salka po odowa) wraz z ubikacyami dodatkowemi (kuchenki, łazienki, klozety, kątowe szafki na szczotki i t. p.). Na piętrze mieści się kaplica i mieszkanie sióstr zakonnych, w parterze sala operacyjna i kancelarye. Do sal operacyjnych, łazienek i kuchenek oddziałowych jest doprowadzona ciepła woda z centralnego kotła, umieszczonego w suterenach.

Podział chorych co do płci poziomy, w parterze mężczyźni, na piętrze kobiety. Sale chorych zwrócone ku południowi, jasne i słoneczne, posiadają deszczułkowe posadzki, gładkie kaflowe

piece, olejno malowane lamperye; urządzenie wewnętrzne (łóżka, szafki, stoły, krzesła, umywalnie itp.) według najnowszych wzorów, ustalonych przez Wydział krajowy. Posadzki korytarzy i ubikacyi pomocniczych z terazza. Sale operacyjne (sterylizacyjna a zarazem opatrunkowa i aseptyczna) wyposażone w dobre przyrządy sterylizacyjne, stoły itp., posiadają jedną wadę a to trudność ogrzania ich do odpowiedniej temperatury, spowodowaną niedostatecznymi rozmiarami pieca.

Pawilon izolacyjny o trzech salach dla chorych i oddzielnej izbie dla służby posiada również południową wystawę sal; posadzki korytarza i wszystkich izb z terazza. Pawilon jest połączony telefonem z kancelaryą głównego budynku. Budynek administracyjny mieści kuchnię z magazynem żywności, pralnię z brudownią, kaloryferową susznię, maglownię oraz centralny magazyn czystej bielizny, wreszcie ubikację dla służby; pod nim obszerne, jasne i suche piwnice. W budynku gospodarczym jest mieszkanie stróża, wozownia, skład węgla i słomy oraz chlew, w którym karmi się jedną sztukę nierogaciżny. — W trupiarni sala wystawy zwłok połączona z gościńcem oddzielną drogą, obok niej izba, mieszcząca dwudrzwiowy formalnowy dezynfektor modelu dra Gąsiorowskiego, z oddzielną brudną i czystą częścią; z tyłu trupiarni piec do spalania zużytych opatrunków i słomy sytemu inżyniera Rydzewskiego. Koło każdego pawilonu żelazny koprofor na popiół i śmiecie, systematycznie opróżniany do obszernego betonowego zbiornika. — Utrzymanie szpitala w należytym porządku pozostawia dość wiele do życzenia i wykazuje liczne usterki (na korytarzach i ubikacyach pomocniczych nie dość czysto, 3 klozety w budynku głównym zbite itp.).

Wytknąłem to przełożonej i poleciłem, by zwracała baczniejszą uwagę na ład i porządek. Lekarz dotychczas jeden (dyrektor dr. Zawadzki), sióstr ze Zgromadzenia św. Józefa 6 (3 przy chorych, 1 w kancelaryi, 1 w kuchni i przełożona), niższej służb 9 (1 stróż, 5 służby przy chorych, 2 praczki, 1 kucharka). Szpital rozwija się bardzo dobrze i zdobył w krótkim czasie zaufanie ludności. Dowodem tego znaczny ruch chorych, w czem duża zasługa dyrektora szpitala, który z prawdziwem zamiłowaniem prawie cały swój czas poświęca szpitalowi. Wizyta lekarska odbywa się dwurazowo, rano od godziny $^1/_2$ 9 do 1 i po południu około 5-tej.

W dniu inspekcyi było 46 chorych (1 klasowa), w tem 14 z działu chirurgii. Opieka nad chorymi umiejętna i bardzo troskliwa, co również i chorzy z uznaniem podnoszą. Żywność dla chorych dość smacznie przyrządzona — mięso jednak bardzo liche. Operacyi wykonano w ciągu $3^1/_2$ miesiąca (od 15/9—31/12 1910) 62, w tem laporatomie, operacye wola, trepanacye czaszki itp. Zapiski lekarskie są szczegółowo prowadzone. Chorych leczono do końca ub. roku 357 (w tem 5 klasowych) przez 4.172 dni, przeciętny stan dzienny wynosił 39 chorych, średni czas leczenia niezwykle krótki, gdyż wynosił zaledwie 11·7 dni na chorego. Zmarło 5 tj. 1·4 % ogółu leczonych. Leki pobiera sie w miejscowej aptece, napary słabo działających ziół sporządza się w szpitalu.

Wnioski: Należy zezwolić na uzupełnienie inwentarza bielizny i niektórych sprzętów, jak również usunięcie istniejących usterek (uzupełnienie narzędzi chirurgicznych, termometrów ściennych na salach, wstawienie okna na strychu budynku głównego celem rozświetlenia składu rzeczy chorych, zakupienie wierzchnich ubrań dla służby, wymianę zbitych klozetów) z kwoty 6.000 kor., udzielonej przez powiat funduszowi szpitalnemu tytułem zwrotu nadwyżki kosztów utrzymania szpitala przez pierwsze półrocze.

Dolina. Inspekcya w lipcu 1911. Budynek główny szpitala w Dolinie, celowo zbudowany i wyposażony w urządzenia mechaniczne i sprzęty, jest wzorowo czysto utrzymany i nie pozostawia nic do życzenia. Wadliwie z pruskiego muru zbudowany pawilon zakaźny przedstawia się chwilowo dodatnio, w r. b. bowiem ponaprawiano pęknięte mury, polakierowano w nim ściany i zakupiono doń nowe łóżka i stoliki. Innych postulatów, podniesionych w zeszłorocznem sprawozdaniu, nie uwzględniono z powodu braku funduszów, to też winne one znaleźć pokrycie w przyszłorocznym budżecie.

Do nich należy dobudowanie pracowni monterskiej i betonowego popielnika, jak niemniej kredyt na uzupełnienie bielizny. Ogród spacerowy, dookoła szpitala planowo a ładnie założony, przedstawia obraz opuszczenia, zarząd tłómaczy się jednak brakiem funduszów na utrzymanie go w porządku. Należy więc w przyszłorocznym budżecie wydatek na ten cel uwzględnić. Służbę lekarską pełnią w szpitalu dyrektor i sekundaryusz, który mieszka w szpitalu. Sióstr ze Zgromadzenia św. Józefa jest w szpitalu 6, z tych 3 przy chorych, służby niższej zatrudnia zakład 9 osób, w tem czworo przy chorych. Leczenie chorych sumienne, chorzy zeń zadowoleni, czego najlepszym dowodem wzrastająca liczba chorych, gdy bowiem w r. 1909 leczono tylko 650 chorych, to w r. 1910 już 760.

W dniu inspekcyi zastałem 34 chorych, w miesiącach zimowych stan dzienny dochodzi do cyfry 70. W r. 1910 było 19.155 dni leczenia, zmarło 21 chorych, tj. 2·7%, średni pobyt chorego wynosił 25·2 dni (syfilis), przeciętnie leczono 52·4 chorych dziennie. Operacyi wykonano 143.

Wizyty lekarskie odbywają się przed południem około godz. 10-tej, przedtem ogląda chorych mieszkający w szpitalu sekundaryusz, który przed wieczorem obchodzi znowu wszystkich chorych, a w razie potrzeby interweniuje w nocy. Księgi i zapiski lekarskie prowadzone są należycie. Pożywienie, podawane chorym, smaczne. Koszt leków w r. 1910 wynosił 7·5 h., środków sanitarnych 2·9 h. na dzień i chorego. Narzędzi chirurgicznych posiada zakład ilość dostateczną, są one wzorowo czysto utrzymane. Łazienki w dobrym stanie, to też kąpieli tak oczyszczających, jakoteż leczniczych wydaje się ilość obfitą. Dezynfektor Lümkemanna, umieszczony w suterenach pawilonu izolacyjnego, nie jest czysto utrzymany, tłómaczy to jednak okoliczność, że w ubikacyi tej pomieszczono tymczasem pracownię monterską. Motor benzynowy, pędzący wodę do zakładu, funkcyonuje należycie, filtry zostaną w najbliższym czasie oczyszczone.

Wnioski: Wstawić kredyt do przyszłorocznego budżetu na dobudowę pracowni monterskiej przy piecu do spalania słomy, na wybudowanie popielnika, na uzupełnienie bielizny i utrzymanie ogrodu.

Drohobycz. Inspekcya w kwietniu 1911. Sprawa rozszerzenia szpitala drohobyckiego przez wybudowanie pawilonu dla chorób zakaźnych nie da się jeszcze w tym roku urzeczywistnić z powodu braku uchwały Sejmu, zezwalającej zaciągnięcia na ten cel pożyczki. Nie ulega jednak wątpliwości, że już w przyszłym roku do budowy tej przystąpić będzie można, tem bardziej, że zakupiono odpowiednią, do szpitala przytykającą parcelę, wygotowano plany, a Rada miejska i Wydział powiatowy złożyły deklaracye, że połowę kosztów budowy nowego pawilonu pokryją ze swoich funduszów.

Że budowa nowego pawilonu jest koniecznie potrzebną, świadczy niewątpliwie wzrastający ruch chorych w ostatnich trzech latach. Na 120 łóżkach leczono w 1908 roku 3248 chorych przez 57687 dni, operacyi wykonano 596, w roku 1909 leczono 3710 chorych przez 62.397 dni, operacyi wykonano 727, zaś w r. 1910 leczono 3635 chorych przez 65.830 dni i wykonano 905 operacyi W szpitalu panuje ogromne przepełnienie, zwłaszcza w miesiącach zimowych dochodzi liczba dziennie leczonych chorych do 240, zaś przeciętny stan dzienny wynosił 180·3 chorych.

Szpital drohobycki, jako jedyny zakład powszechny, położony w centrum przemysłu naftowego, musi również podejmować walkę z szerzącemi się tu chorobami zakaźnemi, które stanowią prawie 15% wszystkich w szpitalu leczonych chorych. Dla przykładu przytoczę dotyczące liczby z poprzedniego roku 1910. Na dur brzuszny i plamisty leczono 39 chorych, na odrę 7, płonicę 29, błonicę 90, różę 39, rozpadową gruźlicę płuc 117, gruźlicę innych narządów 172, razem 523 chorych. Dodać należy, że w ubiegłym roku z powodu niemożności przeprowadzenia należytej izolacyi zapadło w szpitalu troje dzieci, przyjętych z powodu innej choroby, na płonicę, a dwie siostry, pielęgnujące chorych, przebyły dur plamisty. Cyfry te i fakty ilustrują tak wymownie potrzebę budowy nowego pawilonu, że chyba słów więcej dodawać nie potrzeba.

Zauważyłem że odwiedzanie chorych odbywa się poza godzinami, przeznaczonemi na ten cel i że zwyczaj ten utrudnia również utrzymanie należytego porządku, należy więc wydać polecenie, by zarząd trzymał się w tym kierunku ściśle instrukcyi dla szpitali prowincyonalnych.

Służbę lekarską pełni dyrektor przy pomocy trzech sekundaryuszów, z których każdemu przydzielono pewną ilość sal chorych, dyrektor robi jednak codziennie wizytę na wszystkich salach i prowadzi dział operacyjny. Wizyty poranne zaczynają się po godz. 9-tej, popołudniowe około godz. 6-tej. Ze względu, że bardzo często z powodu nagłych wypadków i operacyi wzywa się lekarzy telefonicznie do szpitala w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych, wizyty popołudniowe nie odbywają się regularnie. — Dział operacyjny dzięki zdolnościom dyrektora i jego sławie rozwija się znakomicie. a w roku ubiegłym wykonano 905 zabiegów operacyjnych, w tem 73 operacyi jamy brzusznej, 46 operacyi przepuklin i t. p.

Sióstr ze Zgromadzenia służebniczek N. M. P. jest w szpitalu 12, z tych 4 przy chorych i jedna w sali operacyjnej. Praca sióstr oddziałowych jest pełną poświęcenia, chętnie pomagają one przy wszystkich operacyach, bardzo starannie pielęgnują chorych, to też zasługują pod tym względem na zupełne uznanie. — Księgi i zapiski lekarskie prowadzone są należycie. Ambulatoryum w ścisłem tego słowa znaczeniu niema, ponieważ jednak z powodu przepełnienia szpitala w wielu lżejszych wypadkach musi się chorym odmówić przyjęcia, wykonują lekarze mniejsze opatrunki po złożeniu dziennej taksy leczenia w kancelaryi szpitalnej przez potrzebujących pomocy.

Pożywienie, podawane chorym, dosyć smacznie przyrządzone, ponieważ jednak w piątki stosowano posty także chorym, będącym na dyecie lub $^1/_3$ porcyi, poleciłem na przyszłość posty stosować tylko raz w tygodniu i to dla chorych, którym dozwolono jeść wszystko, to znaczy tak zwanej porcyi całej.

Sale operacyjne są wzorowo czysto utrzymane, a narzędzi chirurgicznych posiada szpital ilość dostateczną. Kąpieli wydaje się mało z powodu małej wydatności studni szpitalnej, niedostatecznej ilości wody i łazienek. Dezynfektor Lümkemanna funkcyonuje należycie.

Wnioski: Przystąpić jak najrychlej do budowy pawilonu za-

kaźnego, wytknąć zarządowi brak czystości i porządku w szpital, dozwolić w myśl instrukcyi odwiedzania chorych tylko w godzinach, na ten cel przeznaczonych, wstawić do budżetu przyszłorocznego wydatny kredyt na konserwacyę budynku, sprzęty, bieliznę i t. p.

Gorlice. Inspekcya w styczniu 1911. Na polecenie Wydziału krajowego udałem się do szpitala gorlickiego z architektą, celem ustalenia przeróbek, których potrzebę podniosłem w ostatniem sprawozdaniu. Dla przeprowadzenia ścisłej izolacyi oddziału zakaźnego postanowiliśmy tuż obok klatki schodowej postawić ścianę, któraby parter lewego skrzydła zupełnie oddzieliła. Przez to zyska szpital cały dół lewego skrzydła na pomieszczenie chorych niezakaźnych. Celem należytego rozdzielenia chorych co do płci przeniesie się kancelaryę zarządu do obecnie próżno stojącego pokoju, przeznaczonego dla portyera, obecny zaś refektarz sióstr zakonnych do małego pokoiku w tylnej części prawego skrzydła. Przez to zyskujemy dwie duże ubikacye na pomieszczenie oddziału kobiecego, na który to cel przeznaczono również obecną kancelaryę dyrektora i dwie separatki, tak, że oddział kobiecy będzie miał razem z obecnie zajętemi do dyspozycyi 8 ubikacyi, oddział męski otrzyma oprócz obecnych 4 sal w skrzydle lewem jeszcze cały dół obecnego pawilonu izolacyjnego, razem więc będzie się składał również z 8 ubikacyi. Kancelaryę dyrektora umieści się w jednej z separatek. W lewem skrzydle musi się przerobić odpowiednio do nowego przeznaczenia wychodki i kuchenkę oddziałową. Wychodek w skrzydle prawem tuż koło kaplicy, ciemny i nie posiadający wentylacyi, trzeba przerobić i wyprowadzić wentylatory nad dach. W 3 salach lewego skrzydła trzeba zagrzybioną podłogę wymienić. Zaciekające dachówki musi się należycie podlepić a zewnątrz budynku tynk i gzemsy naprawić. Architekt przedłoży Wydziałowi krajowemu w najbliższym czasie plany i kosztorysy tych przeróbek.

W szpitalu zastałem wszędzie czystość wzorową, braki w inwentarzu, podniesione w zeszłorocznem sprawozdaniu, zostaną w b. r. częściowo z zwyczajnych kredytów, budżetem na ten cel przyznanych, uzupełnione. Służbę lekarską pełnią w szpitalu dyrektor i sekundaryusz. Wizyty poranne odbywają się przedpołudniem po godz. 9-tej. na wizytę wieczorną przybywa prawie codziennie dyrektor. Telefonicznie wzywani przez siostry przybywają lekarze do szpitala o każdej porze dnia lub nocy. Sióstr Miłosierdzia jest w szpitalu 6, z tych dwie przy chorych, siódma siostra, przez Wydział krajowy przyznana, przybędzie do szpitala po oddzieleniu pawilonu zakaźnego do pielęgnowania pomieszczonych tam chorych. — W dniu inspekcyi zastałem 99 chorych, z tych 25 z chorobami chirurgicznemi, 6 ocznych, 8 skórnych i 60 z cierpieniami narządów wewnętrznych. Ten ostatni dział medycyny uprawia dyrektor z zamiłowaniem a wielką pomoc ma w dobrze urządzonej, w liczne przyrządy i mikroskop zaopatrzonej pracowni.

Do dnia inspekcyi wykonano w b. r. 7 zabiegów operacyjnych. W r. 1910 leczono ogółem 1254 chorych przez 29867 dni, zmarło 57 chorych czyli 4·5%, średni pobyt chorego w szpitalu wynosił 23·8 dni, przeciętnie leczono 81·8 chorych dziennie, Operacyi wykonano w ubiegłym roku 169. Księgi lekarskie prowadzono są według przepisów.

Pożywienie smacznie przyrządzone; chorzy domagają się podwieczorku; należy prośbie tej zadość uczynić, gdyż ilość podawanych pokarmów uważam za niedostateczną. — Służby niższej jest w szpitalu 10, z tych czworo przy chorych. Koszt leków na dzień i chorego wynosił w r. 1910, 9·8 g., środków sanitarnych 4 g. Narzędzia chirurgiczne i dezynfektor czysto utrzymane, łazienki w dobrym stanie.

Husiatyn. Inspekcya w grudniu 1910. Tak w budynkach szpitalnych jak i na obejściu zastałem wzorowy ład i porządek, na salach i w ubikacyach pomocniczych panuje ujmująca czystość. Należy się za to zarządowi, a w piewszym rzędzie nowej przełożonej, pełne uznanie. W szpitalu pracuje 2 lekarzy przy pomocy 8 sióstr (4 przy chorych) i 15 służby niższej (z tego 8 przy chorych). Praca odbywa się zgodnie i harmonijnie. Wizyta lekarska odprawia się dwurazowo, rano od 9-tej i popołudniu około 5-tej. W razie potrzeby spieszą lekarze na każde wezwanie do szpitala. Chorych przyjmuje się wyłącznie w szpitalu, przeważną część w porze przedpołudniowej wizyty lekarskiej. Chorzy są z opieki zadowoleni.

W dniu inspekcyi było w leczeniu 119 chorych (42 chirurgicznych, 26 ocznych, 35 z cierpieniami wewnętrznemi, 10 wenerycznych i 6 zakaźnych); wśród nich zastałem jednego nieuleczalnie chorego (tbc. multipl.), którego poleciłem wydalić ze szpitala. W r. 1910 leczono 1876 chorych prze 43507 dni, zmarło 40 t. j. 2·1% ogółu leczonych. Przeciętny stan dzienny wynosił 119 chorych. Średni czas leczenia 23·2 dni na chorego. Badając przyczynę tego stosunkowo długiego czasu leczenia, stwierdziłem, że powód leży w tem, iż chorzy zbyt długo czekają na wykonanie wskazanego zabiegu operacyjnego.

W ubiegłym roku wykonano 269 operacyi, z tego znaczną część z zakresu gruźlicy kości i stawów. Wszystkie zapiski lekarskie są szczegółowo prowadzone. Żywność dla chorych dość smacznie przyrządzona, wymiar jej jest jednak niedostateczny.

Urządzenia sterylizacyjne (sterylizator wody, opatrunków i narzędzi) nie są jescze — z powodu wadliwości poszczególnych składowych części — ukończone, co znacznie utrudnia prawidłowy tok pracy w szpitalu. Opierając się na informacyach, udzielonych mi przez inżyniera-mechanika, należy się spodziewać, że sprawa ta w najbliższym czasie pomyślnie zostanie załatwiona. Należy również jak najrychlej zrealizować zasadniczo uchwalone postanowienie Wydziału krajowego w sprawie zastąpienia zniszczonego motoru kalorycznego motorem benzynowym, gdyż obecny sposób pompowania wody obciąża bardzo znacznie budżet szpitalny. Potrzeby szpitala, podniesione w czasie ostatniej inspekcyi (letnia suszarnia, piec do spalania opatrunków i słomy, nakrywa żelazna na śmietnik), zostały uwzględnione w budżecie na r. 1911. W magazynie rzeczy chorych należy urządzić szaragi z łat. Z powodu zażalenia miejscowego aptekarza, wniesionego na zarząd szpitala — tak do Wydziału krajowego jak i do Namiestnictwa — z powodu rzekomego przyrządzania leków w szpitalu wbrew obowiązującym przepisom — stwierdziłem, że wydziela się z zapasów, sprowadzonych z drogueryi Mikolascha, głównie słabo działające leki i to takie, które w myśl rozporz. minist. spr. wewn. z 17. marca 1891 w szpitalach mogą być przyrządzane (infus. senegae., kali jod., natr. brom., diuretinum). Poza tem sporządza się w ostatnich czasach maści niezłożone, jak borową, cynkową i xeroformową. Dzielenia w aptece szpitalnej silniej działających leków, jak: calomel, veronal, sulfonal, pulv. Doveri i t. p. zabroniłem i poleciłem pobierać je w stanie dzielonym z apteki publicznej. Zażalenie aptekarza skierowane było głównie przeciwko sprowadzaniu leków w większych ilościach wprost ze składów hurtownych z pominięciem apteki miejscowej, co faktycznie sprzeciwia się rozporz. minist. sprw. z 17. września 1883. Aptekarz zobowiązuje się jednak dostarczać szpitalowi leków i potrzeb sanitarnych w większych ilościach po cenach fabrycznych z doliczeniem 20% dodatku; złożona oferta jest korzystna dla funduszu szpitalnego i dlatego wnoszę jej zatwierdzenie.

Jarosław. Inspekcya w lutym 1911. Szpital jarosławski nie zmienił się w niczem od czasu ostatniej inspekcyi. Zdaje się jednak, że tak bardzo pożądana rekonstrukcya szpitala przyjdzie w tym roku do skutku, gdyż tak Magistrat, jak i Wydział Rady powiatowej, złożył oświadczenie, że do pokrycia kosztów rekonstrukcyi przyczynią się odpowiednimi udziałami. Podnieść należy z uznaniem ofiarność Wydziału Rady powiatowej, który nie mając ustawowego obowiązku, przeznaczył na ten cel dość znaczną kwotę, uznając tem samem zasługi, potrzebę i pożyteczność tej instytucyi dla ludności tamtejszego powiatu.

Ponieważ braki, podniesione w ostatnich sprawozdaniach, w krótkim czasie usunięte zostaną, ograniczę się tylko do stwierdzenia, że zarząd szpitala czyni wszelkie usiłowania, by higienę zakładu utrzymać możliwie na najwyższym poziomie, to też czystość zastałem w budynku głównym wszędzie wzorową. Mniej czysto utrzymany jest budynek administracyjny, gdy jednak zważy się liche urządzenie pralni, brak odpowiednich wentylatorów i w porze zimowej parą napełnione korytarze, nie można z tego powodu czynić zarządowi zarzutów.

Służbę lekarską pełnią w szpitalu, jak dawniej, dyrektor i dwaj sekundaryusze. Zmiana nastąpiła tylko w osobie II. sekundaryusza, w miejsce bowiem dr. Orłowskiego, który objął stanowisko lekarza miejskiego, został mianowany dr. Spatz. Podział pracy lekarskiej ten sam. Dyrektor, prócz administracyi i nadzoru nad leczeniem wszystkich chorych, prowadzi dział operacyjny, I. sekundaryusz dział chorób wewnętrznych i ocznych, II. sekundaryusz oddział weneryczno-skórny i zakaźny. Sióstr Serafitek 9, z których 3 zajmuje się pielęgnowaniem chorych, a jedna pomaga w sali operacyjnej. Służby niższej jest w szpitalu 14 osób.

W dniu inspekcyi zastałem 118 chorych, z czego na oddziale chirurgicznym 48, wewnętrznym 26, ocznym 24, weneryczno-skórnym 20. Dział operacyjny, z wielkiem zamiłowaniem i umiejętnością przez dyrektora uprawiany, stanowi chlubę szpitala. W roku 1910 wykonano 450 operacyi, w czem 23 laparatomii, 7 appendectomii, 2 cięcia cesarskie, 30 operacyi przepuklin, 12 operacyi wola i t. p. Na oddziale wewnętrznym zastałem kilku chorych z otwartą gruźlicą płuc na wspólnej sali; poleciłem o ile możności umieszczać takich chorych w pawilonie zakaźnym. Zaleciłem również gorliwej opiece lekarzy uleczalne formy gruźlicy, których leczenie przedstawia w szpitalu jarosławskim tem większe trudności, że niema tam celowo urządzonej werandy (leżalni). Szczegół ten należy przy rekonstrukcyi szpitala uwzględnić, w myśl opinii, wyrażonej przez ankietę przeciwgruźliczą.

Wizyty lekarskie zaczynają się przed godz. 10 raną i trwają nieraz z powodu wielkiej ilości operacyi i opatrunków do godz. 3 popołudniu, wizyty popołudniowe odbywają na przemian obaj sekundaryusze w godzinach wieczornych (po 6-tej).

W roku 1910 leczono ogółem 2364 chorych przez 45135 dni, śmiertelność wynosiła 3·4%, przeciętnie przebywało w szpitalu 123·6 chorych dziennie.

Pożywienie smacznie przyrządzone, ilość jego uważam jednak za niedostateczną, a podawanie chorym na wieczerzę zupy kminkowej za nieodpowiednie; poleciłem podawać na wieczerzę pożywniejsze potrawy. Narzędzia chirurgiczne są czysto utrzy-

mane, a ilość ich dostateczna. Kąpieli na razie z powodu licho urządzonych łazienek wydaje się mało. lecz brak ten przy rekonstrukcyi szpitala zostanie usunięty. Dezynfektora jeszcze niema. (C. d. n.)

SPRAWOZDANIE

z czynności Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej.

Dalszy ciąg posiedzenia Wydziału Izby z dnia 3 stycznia 1912.

7) Prezydent zdaje pokrótce sprawę z ostatniego posiedzenia Wydziału wykonawczego i podnosi, że w najbliższym czasie ma się odbyć we Wiedniu konferencya delegatów Wydziału wykonawczego z delegatami największych towarzystw asekuracyjnych celem usunięcia niewłaściwości wynagradzania lekarzy za ich czynności, na które to niewłaściwości lekarze się żalili.

8) W sprawie zatargu między dr. Ż. a dr. B. o wynagrodzenie za zastępstwo, uchwalono zawezwać obu na posiedzenie Wydziału Izby celem wyrównania nieporozumienia, a nadto zawezwać także dra F. jako świadka.

9) Na wniosek jednego z członków Wydziału uchwalono przynaglić dra N., któremu została przesłaną sprawa dra Y. kontra dr. Z., do przeprowadzenia dochodzeń.

Na tem posiedzenie zamknięto i protokół zakończono.

Dr. Kohlberger, prowadzący pióro. *Dr. Festenburg*, prezydent.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej z dnia 10 stycznia 1912.

Obecni: prezydent dr. Festenburg; członkowie: dr. Mikołajski, dr. Kohlberger, dr. Papée i dr. Starzewski.

1) Sprawa urządzenia przy kolejowej kasie chorych osobnego ambulatoryum otolaryngologicznego dla kolejarzy. Jako delegaci Towarzystwa otolaryngologicznego przybyli: dr. Reinhold i dr. Zabłocki.

Dr. Zabłocki oświadcza, że wszystkie kasy chorych mają swoich specyalistów otolaryngologów z wyjątkiem kolejowej kasy chorych; wskutek tego ambulatorya wszystkie są przepełnione kolejarzami, szukającymi bezpłatnej pomocy lekarskiej.

Dr. Papée wnosi, by ambulatorya otolaryngologiczne podały wykaz leczonych rocznie kolejarzy, aby na podstawie tego wykazu mogła Izba lekarska zrobić umotywowane przedstawienie do Dyrekcyi kolejowej.

Dr. Starzewski popiera ten wniosek.

Dr. Mikołajski zaznacza, że ambulatorya mają służyć wyłącznie dla ubogich i nie powinny przeto udzielać bezpłatnej pomocy członkom jakiejkolwiek kasy chorych. Zarząd kolei powinien wielką zwracać uwagę na organ słuchowy, który w służbie kolejowej ma bardzo wielkie znaczenie.

Dr. Reinhold uznaje wywody dra Papée'go, ale wyraża obawę, że zarząd kolejowy nie zechce uwzględnić żądań lekarzy specyalistów, powołując się na to, że każdy lekarz kolejowy ma obowiązek znać się na wszystkich chorobach.

Dr. Zabłocki jest tego zdania, że należy się starać o to, aby Dyrekcya kolei urządziła swoje ambulatorya otolaryngologiczne i na próbę powierzyła je jednemu specyaliście.

Dr. Papée zaznacza jeszcze raz, że dla przedłożenia memoryału w tej sprawie konieczną jest rzeczą załączyć wykaz kolejarzy, szukających pomocy w ambulatoryach otolaryngologicznych, aby Dyrekcya kolei miała dowód, że ilość kolejarzy, chorych na uszy, jest tak wielka, iż urządzenie osobnego kolejowego ambulatoryum otolaryngologicznego jest koniecznem.

Poczem uchwalono wezwać Towarzystwo otolaryngologiczne, by wniosło do Izby umotywowany memoryał, na podstawie którego Izba będzie mogła porobić odpowiednie kroki.

Następnie delegaci Towarzystwa otolaryngologicznego podnieśli zbyt niskie taksy w sądzie karnym za badania otolaryngologiczne, na co podano do ich wiadomości, że jeszcze przed rokiem wskutek inicyatywy Izby lekarskiej wsch. galic. został przez Wiec Izb wniesiony memoryał celem podwyższenia taks sądowo-lekarskich.

2) Sprawa zatargu o wynagrodzenie za zastępstwo między dr. Ż. a dr. B.

Dr. Ż. usprawiedliwił pismem swoją nieobecność, a obecny dr. B. przedstawia sprawę tak, jak ją przedstawił w swojej odpowiedzi na pismo dra Ż.

Po krótkiej dyskusyi i stwierdzeniu, że do wydania orzeczenia konieczne jest przesłuchanie dra Ż., powzięto uchwałę, niżej streszczoną:

Ponieważ obie strony obstają przy swoich pierwotnych twierdzeniach, dr. B. ustnie, a dr. Ż. pisemnie, a jedyny świadek dr. Cz. szczegółowo umowy właściwie nie słyszał, ponieważ dalej z pisma dr. Ż. nie można właściwie dojść cyfry ostatecznej jego pretensyi do dra B., uchwalono wobec niemożności ponownego przybycia dra Ż. na ustną rozprawę, zażądać od niego w drodze pisemnej podania wysokości pretensyi do dra B., którą Izba następnie przedstawi do oświadczenia się drowi B.

W razie, gdyby taka interwencya Izby nie odniosła rezultatu, wówczas Izba nie uznaje się kompetentną do rozstrzygania sporu pieniężnego.

Na tem posiedzenie zamknięto i protokół podpisano.

Dr. Kohlberger, prowadzący pióro. *Dr. Festenburg*, prezydent.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby z delegatami lekarzy okręgowych w obecności lekarzy, którzy są posłami na Sejm, w dniu 27 stycznia 1912.

Obecni: dr. Festenburg, dr. Papée, dr. Mikołajski i dr. Kohlberger; posłowie sejmowi: dr. Bernadzikowski, prof. dr. Mars i dr. Bednarski; delegaci lekarzy okręgowych: dr. Natter, dr. Zadurowicz, dr. Markl, dr. Klęsk i dr. Stanowski.

Prezydent Izby, otwierając posiedzenie, wita obecnych i powiadamia, że czyniąc zadość życzeniu lekarzy okręgowych, zaprosił na dzisiejsze posiedzenie oprócz członków Wydziału Izby, wszystkich lekarzy, którzy są posłami na Sejm i delegatów lekarzy okręgowych.

Dr. Natter, jako przewodniczący Związku lekarzy okręgowych, dziękuje tak Wydziałowi Izby, jak i lekarzom posłom za zajęcie się sprawą lekarzy okręgowych, poczem dr. Klęsk zabiera głos i przedstawia tak dotychczasowe starania lekarzy okręgowych około poprawy swego położenia, jak i postulaty, z którymi lekarze okręgowi zamierzają wystąpić przed Sejm i których urzeczywistnienie uważają za konieczne celem poprawy położenia lekarzy okręgowych.

Po przemówieniu dra Klęska rozwinęła się obszerna dyskusya, w której omawiano tak dotychczasowe starania lekarzy okręgowych, jak i życzenia, które mają być wniesione do Sejmu.

W dyskusyi tej zabierali głos koledzy: dr. Mars, dr. Mikołajski, dr. Bernadzikowski, dr. Papée, dr. Zadurowicz i dr. Festenburg, poczem uchwalono, by lekarze okręgowi wnieśli w jak najkrótszym czasie do Sejmu przedstawienie z należytem umotywowaniem swoich żądań.

Na tem protokół zakończono i posiedzenie zamknięto.

Dr. Kohlberger, prowadzący pióro. *Dr. Festenburg*, prezydent.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galic. z dnia 17 lutego 1912.

Obecni: dr. Festenburg, dr. Kohlberger, dr. Papée, dr. Mikołajski, dr. Pelczar i dr. Starzewski, nadto jako zaproszeni do skrutynium z ostatnich uzupełniających wyborów dr. Czaczkowski i dr. Schellenberg.

1) Uskuteczniono skrutynium z grupy VII. (Tarnopol, Skałat, Zbaraż, Trembowla, Zborów). Członkiem Izby został wybrany dr Włodzimierz Witoszyński z Tarnopola, poczem dr. Czaczkowski i dr. Schellenberg opuścili salę posiedzeń.

2) Prezydent podaje do wiadomości pismo Wydziału krajowego w sprawie obsadzenia posad lekarzy okręgowych, które Izba na swoje przedstawienie otrzymała.

3) Dr. Stanisław Anatol Lewicki ze Lwowa prosi o poświadczenie, że jest kwalifikowany we wszystkich działach medycyny jako znawca sądowy.

Uchwalono odpowiedzieć dr. Lewickiemu, że Wydział Izby nie uważa się za powołanego do wydawania świadectw, lecz że na zapytanie sądu wyda swoją opinię.

4) W końcu zaopiniowano 16 podań, wniesionych do c. k. Namiestnictwa o koncesye na nowe apteki publiczne.

Na tem protokół zakończono i posiedzenie zamknięto.

Dr. Kohlberger, prowadzący pióro. *Dr. Festenburg*, prezydent.

Protokół z posiedzenia pełnej Izby lekarskiej wschodnio-galic. z dnia 24 lutego 1912.

Obecni: dr. Festenburg, dr. Papée, dr. Dolińsk dr. Kohlberger, dr. Starzewski, dr. Mikołajski, dr. Zasadzki, dr. Witoszyński, dr. Żukowski i dr. Piaskiewicz.

1) Po odczytaniu protokołu z ostatniego posiedzenia, prezydent podaje do wiadomości, że przyczyną, iż Izba przez tak długi czas nie była zwoływana, było to, iż 30 czerwca 1911 kończyły się mandaty członków a rozpisane nowe wybory przeciągały się tak długo, iż dopiero obecnie zostały zupełnie ukończone.

Następnie zdaje prezydent sprawę z czynności Wydziału oraz Rady honorowej, które Izba przyjmuje bez dyskusyi do wiadomości.

2) Skarbnik Izby dr. Kohlberger przedstawia sprawozdanie kasowe i daje stosowne objaśnienia, poczem komisya kontrolująca, złożona z dra Dolińskiego i dra Żukowskiego, zdaje sprawę z odbytego szkontrum i po stwierdzeniu, że przy bardzo szczegółowem zbadaniu ksiąg i kasy znalazła wszystko we wzorowym porządku, stawia wniosek na udzielenie skarbnikowi absolutoryum. Wniosek ten został jednogłośnie przyjęty.

3) a) Dr. Piaskiewicz stawia wniosek, by pełna Izba bywała częściej zwoływana, mianowicie raz na kwartał; wniosek ten został jednogłośnie przyjęty.

b) Na wniosek dra Mikołajskiego uchwalono wyrazić tym członkom, którzy z Izby ustępują, uznanie i podziękowanie.

c) Dr. Zasadzki stawia wniosek, aby Izba czyniła starania celem uzyskania głosu wirylnego przy reformie wyborczej do Sejmu.

Po krótkiej dyskusyi, w której wskazywano na to, iż obecnie nie wiele jest widoków, by Izba lekarska mogła uzyskać głos wirylny w Sejmie, wniosek dra Zasadzkiego przyjęto większością głosów.

Ponieważ porządek dzienny został wyczerpany, przeto prezydent zamknął posiedzenie, żegnając tych członków, którzy nie wchodzą w skład nowej Izby.

Na tem posiedzenie zamknięto i protokół zakończono.

Dr. Kohlberger, prowadzący pióro. *Dr. Festenburg,* prezydent.

KRONIKA.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ukonstytuowała się na dalsze trzechlecie, wybierając prezydentem dra Festenburga, zastępcą jego dra Papéego, wydziałowymi drów Kohlbergera, Mikołajskiego, Schellenberga i Ziona, zastępcami wydziałowych drów: Drzymalika, Strumieńskiego, Żukowskiego i Markiewicza.

Przewodnik po zdrojowiskach i letniskach krajowych oraz wszelkich miejscowościach, posiadających jakiebądź źródła mineralne, względnie środki do leczenia fizykalnego wyjdzie wkrótce staraniem Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie.

Przewodnik ten, w formie większej ósemki, zawierać będzie wiadomości o przeszło 200 miejscowościach w kraju, posiadających jakiekolwiekbądź środki, służące do leczenia fizykalnego, a więc źródła mineralne, klimat leczniczy, zakłady wodolecznicze, dyetetyczne, kefirowe, żętyczne i wszelkie inne fizykalno-lecznicze czynniki, a wreszcie i wykaz tak zwanych letnisk czyli latowisk. Przewodnik poda wiadomości o stosunkach administracyjnych, statystycznych, komunikacyjnych, sanitarnych, frekwencyjnych, aprowizacyjnych, mieszkaniowych itd., wiadomości o pomocy lekarskiej miejscowej, a wreszcie jak najdokładniejszy opis środków leczniczych danej miejscowości, zredagowany przez doświadczonych balneologów-lekarzy.

Na rzecz wdowy i sierot po śp. drze Juliuszu Krańskim otrzymałem dotąd następujące datki:

Kraków: dr. Mączka 5 k., Lwów: dr. Skałkowski 5 k., dr. Chomin 5 k., dr. Kramarzyński 5 k., dr. Ignacy Link 10 k., Ignacowa Linkowa 10 k., dr. Aleksiewicz 10 k., dr. Biliński 3 k., dr. Zakrejs 10 k., dr. Kotiers 10 k., dr. Leon Feuerstein 15 k., dr. Steising 10 k., dr. N. Gąsiorowski 10 k., dr. Quest 5 k., dr. Niemczycki 2 k., dr. Lenartowicz 10 k., dr. Pogonowska 10 k., dr. Andruszewski 5 k., dr. Mahl 5 k., dr. Szedimy 2 k.; dr. T. Gabryszewski, Bóbrka, 10 k., dr. Pressman, Chodorów, 2 k., dr. Michnik, Bochnia, 10 k., dr. Knauer, Radłów, 10 k., dr. Ferensiewicz, Bohorodczany, 20 k., Sala Sokalowa, żona lekarza, Łysiec, 10 k., dr. Ferdynand i Janina Benoniowie, Dynów, 10 k., dr. Wiktor Borysiewicz, Monasterzyska, 25 k., dr. W. Skórkowski, Trzebinia, 10 k., dr. Mischke, Jaworzno, 5 k., dr. Dworzański, Kęty, 2 k., dr. Ossadnik, Bircza, 10 k., dr. J. Sekanina, Rożniatów, 10 k., dr. F. w M 5 k., dr. Dwernicki, Borysław, 20 k., dr. Sierankiewicz, Gorlice, 5 k., dr. Kohn, Gorlice, 2 k., dr. Katyński, Biecz, 5 k., dr. Löwy, Grybów, 10 k., dr. Waligórski, Grybów, 10 k., dr. Essen, Ciężkowice, 5 k., dr. Roszko, Horodenka, 20 k., dr. Ciepanowski, Horodenka, 20 k., dr. Kanafass, Horodenka, 5 k., dr. Przybylski, Pruchnik, 10 k., dr. Macudzinski, Jasło, 5 k., dra Kadyego rodzina, Jasło, 11 k., dr. Jahr, Jaworów, 10 k., dr. Jastrzębski, Wojniłów, 6 k., dr. Markiewicz, Kałusz, 50 k., dr. Zaorski, Busk. 10 k., dr. Siegelbaum, Busk, 2 k., dr. Stupnicki, Kamionka, 10 k., dr. Lewicki, Krosno, 5 k., dr. Witkowski, Łańcut, 10 k., dr. Slączka, Krosno, 5 k., dr. Lic, Brzozów, 5 k., dr. Godłowski, Lisko, 7 k., dr. Löwy, Nisko, 10 k., dr. Momidłowski, Tarnobrzeg, 10 k., dr. Pawlicki, Stary Sącz, 5 k., dr. H. N., Nowy Sącz, 2 k., dr. R. w K., 2 k., dr. Siedlecki, Nowy Sącz, 5 k., dr. Szóstkiewicz, Muszyna, 5 k., dr. Tokarski, Jedlicze, 10 k., dr. Aronsohn, Podgórze, 3 k., dr. Glicksman, Wiśniowczyk. 5 k., dr. Dobrzański, Dubiecko, 5 k., J. G., Dubiecko, 3 k., dr. Ruczka, Niżankowice, 10 k., dr. Szadkowski, Dunajów, 5 k., dr. Jaciow, Magierów, 5 k., dr. Potok, Głogów, 10 k., dr. Koeppel, Rzeszów, 10 k., dr. Bielecki, Rymanów, 5 k., dr. Türkel, Podwołoczyska, 5 k, dr. Wiszniewski, Skałat, 5., dr. Ausobsdy, Touste, 25 k., Henryka Gruderowa, żona lekarza, Stanisławów, 20 k., dr. Mossoczy, Chyrów, 5 k., dr. Kuźniar, Tarnobrzeg, 10 k., dr. Pilecki, Tarnopol, 10 k., dr. Gold, Tarnopol, 20 k., dr. Zbigniewicz, Tarnów, 20 k., dr. Rudnicki, Szczucin, 20 k., dr. Kalisz, Tarnów, 5 k., dr. Byliński, Janów k. Trembowli, 15 k., Zaleszczyki: dr. Hinze 10 k., dr. Rosen 5 k., dr. Blutreich 5 k., dr. Pietruszewicz 5 k., Tłuste: dr. Gilnreiner 10 k., dr. Jeger 5 k., dr. Fuchs, Zbaraż, 5 k., dr. Baczyński, Zborów, 5 k., dr. Rawski, Żydaczów, 50 k., dr. Doboszyński, Drohowyże, 10 k., dr. Krzyształowicz, Mikołajów, 5 k., dr. Roth, Żurawno, 4 k., dr. Kudas, Sański Most (Bośnia), 10 k. Razem 933 koron.

Wszystkim Kolegom ofiarodawcom składam imieniem osieroconej rodziny staropolskie „Bóg zapłać!“ Dalsze datki wykażę osobno.

W Zaleszczykach, 10 marca 1912.

Dr. Grudzewski, c. k. lekarz powiatowy.

L. 876

Konkurs.

Wskutek polecenia Wydziału krajowego rozpisuje Wydział powiatowy konkurs na posadę lekarza okręgowego w Kulikowie z płacą roczną 1000 kor. i ryczałtem na podróże służbowe w kwocie 500 kor. rocznie.

Okręg sanitarny obejmuje gminy: Artasów, Doroszów mały, Doroszów wielki, Hrebeńce, Mierzwica, Nahorce, Mohylany, Koszelów, Kulików, Nadycze, Nowesioło, Przedrzymichy wielkie, Przemiwółki, Smereków, Sulimów, Udnów, Wiesenberg i Zwertów.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdolności, winni wykazać, że posiadają następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego,
2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej,
3) nieskazitelny charakter,
4) znajomość języków krajowych,
5) co najmniej dwuletnią praktykę lekarską,
6) nieprzekroczony wiek lat 40.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, lub egzaminem fiizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału powiatowego najpóźniej do dnia 15 kwietnia 1912.

Żółkiew, duia 8 marca 1912. 1—1

Z Wydziału powiatowego.

Sekretarz: *Sidorowicz.* Prezes: podpis nieczytelny.

L. 550.

Konkurs.

W myśl reskryptu Wydziału krajowego z dnia 10 lutego br. l. 7715, rozpisuje się niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Kołaczycach z płacą roczną 1.200 K. i ryczałtem na objazdy w kwocie rocznej 600 K., oraz z prawem do emerytury w granicach ustawy z dnia 12. maja 1909 Dz. u. kr. Nr. 68.

Do okręgu sanitarnego w Kołaczycach należą gminy i obszary dworskie: Bieździedza, Bieździadka, Brzyska, Dąbrówka, Kłodawa, Krajowice, Lublica, Nawsie kołaczyckie, Sieklówka dolna, Sowina, Ujazd, Wróblowa i Kołaczyce.

Podania o nadanie tej posady należy wnosić do Wydziału powiatowego w Jaśle w terminie do 20 marca 1912 włącznie i dołączyć:

1) dyplom doktora medycyny,
2) metrykę urodzenia na dowód, że petent nie przekroczył 40 lat wieku,
3) świadectwo c. k. lekarza powiatowego, stwierdzające fizyczną zdolność petenta do spełniania obowiązków lekarza okręgowego,
4) dowód obywatelstwa austryackiego,
5) dowód odbytej przynajmniej dwuletniej praktyki lekarskiej.

Z Wydziału powiatowego.

W Jaśle, 20 lutego 1912.

Prezes: *Sroczyński* w. r.

1—1

Michał Płoński Lwów, pl. Kapitulny 3.

(były długoletni współpracownik firmy I. Drexler i Synowie)

poleca najtaniej: Stołową bieliznę, Chusteczki, Ręczniki, Ściereczki, Bieliznę damską, męską i dziecinną, Szyfony, Pończochy, Skarpetki, Bieliznę na pościel, Kołdry. Materace, Poduszki, Sienniki, Koce wełniane i bawełniane, Kapy pikowe i trykotowe, Drelichy na liberyę, Płócienka kolorowe, Nankiny na wsypy, Materye jedwabne, wełniane i bawełniane na pokrycie kołder itp. artykuły. Przyjmuje kołdry i materace do przerabiania. — Cenniki i próbki na żądanie.

Z polecenia **Towarzystwa ginekologicznego lwowskiego** wyrabiam następujące opatrunki (P) położnicze, sterylizowane

GAZĘ odtłuszczoną - - - / jodofanową 10% / jodoformową 10% / wioformową 10% **P**

w pudełkach, zawierających 5 metrów gazy. — **WATĘ BRUNSA „VIS"** w płatkach P, w kartonach po 100 i 250 gr. Na każdem pudełku jest umieszczona moja firma i litera P, toteż proszę tylko takie przyjmować jako wyrób krajowy. — Polecam również **PASTYLKI SUBLIMATOWE pro . Obalińskiego.** Plastry smarowane z marką „Vis". — **GAZĘ JODOFORMOWĄ** Dra Bylickiego w formie opaski i **OPASKI OPARZELINOWE** prof. Trzebickiego i wszystkie inne używane opatrunki.

M. L. DOBROWOLSKI

Mag. farmacyi, właściciel fabryki opatrunków chirurgicznych „Vis"

W PODGÓRZU.

Od kilku lat przez lekarzy z znakomitym skutkiem zalecany

Wyciąg szpilkowy do kąpieli

MGR. I. BOJARSKIEGO

do nabycia we wszystkich aptekach.

Główny skład wysyłkowy J. HAY ck. nadw. dost. Lwów.

Cena za flakon 75 hal.

Pijcie i żądajcie wszędzie światowej sławy

PIWA SŁODOWEGO

(Doppel - Malz - Bier) — marki „Schwanenhof"

z Mieszczańskiego Browaru w Litomierzycach (Czechy)

Rok założenia 1720.

Powagi lekarskie zalecają to piwo przeciw niedokrewności, złemu trawieniu, brakowi apetytu, słabemu odżywianiu ciała. Dla swych wybitnych higienicznych własności ten ulubiony napój podawany jest stale w licznych rodzinach arystokratycznych. Baczność na markę „Schwanenhof".

Jedyny Zastępca dla całej Galicyi i Bukowiny oraz skład w beczkach, butelkach i syfonach

Michał Balas, ul. Kaźmierzowska 41. we Lwowie

Telefon 1523.

ZAKŁAD DENTYSTYCZNY

EMILA PORDESA

przeniesiony

na ul. Kopernika l. 11. Tel. 82/VI.

Polecone przez Świetne Towarzystwo lekarskie krakowskie

z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

Liquor Mangano Ferri Peptonati

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn

wyrobu

Aptekarza D. Matuli

w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom od lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. - - - - Cena 2 kor. 40 hal.

Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franko.

50% taniej, niż wszędzie

Hala Wyrobów Szwajcarskich

Salomona Menczela

Lwów, ul. Boimów 12 (pasaż Laufera).

Poleca: Szwajcarskie hafty, Koronki do bielizny i sukien, Jedwabie, Koronkowe materye francuskie i haftowane batysty, Gipiury, Tiule, Roby odpasowane na rozmaitych materyach, Chusteczki, Pończochy, Żaboty, Kołnierze, Story, Firanki i Kapy na łóżka.

Towary partyjne.

50% taniej, niż wszędzie



Zakład i pracownia obuwia ortopedycznego

B. SALESA

absolwenta c. k. muzeum technologicznego we Wiedniu.

Lwów, Jagiellońska l. 16.

odznaczony na międzynarodowej wystawie w Paryżu złotym medalem „Grand Prix".

Specyalista obuwia ortopedycznego. Wyrób obuwia z wkładkami pneumatycznemi przy **stopie płaskiej**.. — Zlecenia z prowincyi odwrotnie. — Na miarę zużyty bucik.

Reiniger, Gebbert & Schall

Tow. z o. p.



Lwów, Wałowa 11

Tel. Nr. 671.

Adres tel.: **Aeskulap**

pod firmą

Centralny Zakład fabryczny

urządzeń technicznych, sanitarnych i naukowych.

Tow. z o. p.

Specyalna Fabryka

Zakładów Elektromedycznych

wyrabia i dostarcza:

Pantostaty: aparaty uniwersalne do galwanizacyi, faradyzacyi, endoskopii, kaustyki, elektrolizy, kataforezy, masażu wibracyjnego, trepanacyi i masażu pompą.

Roentgenologia: aparat REKORD dla ogólnej praktyki, tani, pojedynczy i wydatni.

Ideal bez przerywacza, o najwyższej wydatności, do prześwietlań, zdjęć czasowych, migawkowych i na odległość do 2 metrów.

Aparaty do kataforezy, kąpiele świetlne i t. p.

Bogato ilustrowane cenniki bezpłatnie.

Zawiadomienie.

Zawiadamiam P. T. Lekarzy, że Zakład swój zaopatrzyłem w najnowsze maszyny do ostrzenia, polerowania i aparaty do niklowania — tak, że jestem w możności wszystkim wymogom swoich odbiorców zadość uczynić. — Utrzymuję na składzie wielki wybór wszelkich artykułów w zakres nożownictwa wchodzących, wyrobów własnych, angielskich i amerykańskich. — Dziękując za dotychczasowe względy — polecam się nadal łaskawym względom P. T. Odbiorców, nadmieniając, że ceny są przystępne.

Z wysokim szacunkiem

Jan Lauruk

Zakład nożowniczy Lwów, Halicka 6.

Wydawca i odpowiedzialny redaktor: Dr. Szczepan Mikołajski. Czcionkami „Drukarni Polskiej“, Lwów, ul. Chorążczyzny 31